

Spett.le Fondazione „Hans Messerschmied APSP“ Centro di Assistenza diurna Dobbiaco Via Ehrenberg 1/b <b>39034 Dobbiaco</b>  Tel. 0474 917870	Spett.le Comunità Comprensoriale Valle Pusteria Distretto Sociale Alta Pusteria Via Prato 6 <b>39038 San Candido</b>  Tel. 0474 919909
--	--

# Centro di Assistenza diurna Dobbiaco: prenotazione 2026

cognome: \_\_\_\_\_ nome: \_\_\_\_\_  
 cognome acquisito: \_\_\_\_\_ stato civile: ☐ celibe ☐ coniugato ☐ vedova/o  
 nato il: \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_\_  
 residente in (cod. postale): \_\_\_\_\_ (località): \_\_\_\_\_  
 via: \_\_\_\_\_ numero civico: \_\_\_\_\_  
 codice fiscale: \_\_\_\_\_  
 livello di assistenza: \_\_\_\_\_ categoria

## ch i e d e

di poter partecipare all'assistenza diurna. Prenotazione impegnativa per:

LU	MA	ME	GI	VE	SA	orario
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	giornata prolungata (ore 8-18) con pranzo e cena
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	giornata intera (ore 8-16) con pranzo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mezza giornata (ore 8-13) con pranzo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mezza giornata (ore 11-16) con pranzo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mezza giornata (ore 13-18) con cena

con inizio il (data): \_\_\_\_\_

motivo della richiesta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Persone di riferimento:

cognome: \_\_\_\_\_ nome: \_\_\_\_\_

telefono: \_\_\_\_\_ grado di parentela: \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

cognome: \_\_\_\_\_ nome: \_\_\_\_\_

telefono: \_\_\_\_\_ grado di parentela: \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

Medico di base: \_\_\_\_\_

Associato alla Croce Bianca: ☐ no ☐ si

In preparazione al primo giorno di assistenza diurna si terrà un incontro informativo. Sarete contattati telefonicamente per fissare un appuntamento. Durante questo incontro verranno discusse tutte le misure di assistenza e i farmaci da somministrare.

data: \_\_\_\_\_

firma: \_\_\_\_\_

**Allegati:**

- ☐ fotocopia carta d'identità
- ☐ fotocopia codice fiscale
- ☐ fotocopia "libretto verde Cassa di malattia" (codice sanitario ed esenzioni ticket)
- ☐ fotocopia dell'esito di inquadramento in un livello assistenziale
- ☐ valutazione medica (ad esempio: referto, certificato, diagnosi)